



TITLE:

内科医の立場から

AUTHOR(S):

中島, 弘

---

CITATION:

中島, 弘. 内科医の立場から. 泌尿器科紀要 2005, 51(9): 587-588

ISSUE DATE:

2005-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/113687>

RIGHT:

# 内科医の立場から

中 島 弘

大阪府立成人病センター臨床検査部 (内分泌代謝内科)

## テーマ1 再発予防は必要である

内科医の立場ではコメントなし

## テーマ2 経過観察は内科医にまかせるべきである

否定します。

理由：尿路結石症の重要な温床となる高尿酸血症 痛風を例にとって見ます。これまで内科医は、痛風患者に尿路結石が多いとは思っていません。尿路結石発作を起すと患者さんは主治医を泌尿器科医にかえ、内科医の前から姿を消してしまうためです。内科医は尿路結石の予防を実施する立場にあるとはよもや思わないでしょう。しかも、内科医は多くの薬剤をすでに処方しており、さらに尿路結石という不慣れな領域の薬剤まで管理できないし、診療報酬と患者負担の兼ね合いからも忌避するのではないかと考えられます。内科医は尿路結石症の頻度はおろか、結石のリスクファクターについて知識がない。緊急時のプライマリーケアが不可能、適切な転送の知識や経験不足などの点も内科医に任せるべきでない理由です。しかし、尿路結石症は再発するものであり、もし泌尿器科側がフォローを中

- 痛風患者に尿路結石が多いとは思わない
  - ・ 尿路結石発作を起すと患者は泌尿器科医にかかり、内科医の前から姿を消す
- 内科医が尿路結石の予防を実施するとは思っていない
  - ・ 内科ではすでに多くの薬剤を使用しており、さらに尿路結石という不慣れな領域の薬剤まで管理できない、薬剤が増えると患者の負担も増加する
- 内科医は尿路結石症の頻度・結石のリスクファクターについて理解していない
- 尿路結石における緊急時のプライマリーケアや適切な転送の知識、経験が不足する。

Fig. 1. No! 内科医は経過観察には向かない。

- 独立した治療
- 尿 pH 6.0 未満を酸性尿と定義
- 飲酒制限, 飲水励行, 1日 2,000 ml の排尿習慣
- 持続的に尿 pH が6.0未満では、尿 pH が6.0から7.0となるように尿アルカリ化薬を用いる
- 尿アルカリ化薬はクエン酸製剤を推奨
  - ・ 尿 pH が5.5未満では積極的に尿アルカリ化薬を使用する
  - ・ 尿酸生成抑制薬使用でも尿 pH が低下する場合は尿アルカリ化療法を行う
  - ・ 尿酸排泄促進薬使用時は必ず尿アルカリ化療法を行う

Fig. 2. 高尿酸血症 痛風の治療ガイドラインにみる尿路管理 (尿路結石症診療ガイドライン2002との整合性)

■ Siener R, et al.:

- The role of overweight and obesity in calcium oxalate stone formation. *Obes Res* 12(1): 106-113, 2004

■ Maalouf NM, et al.:

- Association of urinary pH with body weight in nephrolithiasis. *Kidney Int* 65(4): 1422-1425, 2004

■ Abate N, et al.:

- The metabolic syndrome and uric acid nephrolithiasis: novel features of renal manifestation of insulin resistance. *Kidney Int.* 65(2): 386-392, 2004

Fig. 3. メタボリックシンドロームにおける尿路結石症のリスク。

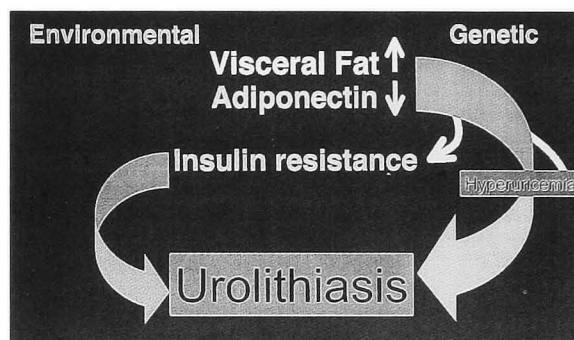


Fig. 4. The Metabolic Syndrome.

- 高尿酸血症だけでも結石リスクが高いことの再認識
- メタボリックシンドロームはさらに多病態として注目
- 内科医が尿路結石の再発予防を実施するには
  - ・ 泌尿器科側からの適切な助言と指導
  - ・ 尿路結石症診療ガイドラインの啓蒙
- 緊急時 (発作や合併症時) の泌尿器側のバックアップ体制の整備
  - ・ 病診・病病や内科・泌尿器科の連携プレーの完備
- エビデンスのある有効な薬物療法の提示
  - ・ 例: クエン酸療法, マグネシウム療法など
- メタボリックシンドロームの診療において内科側に新たに尿路結石症の危険因子をアピールする必要もある

Fig. 5. Yes! 内科医が経過観察するには。

止すると、現状では内科側で結石フォローの検査まで行うとは思えず、次の発作まで放置されるに過ぎないのではないのでしょうか？

泌尿器科側の意見次第では、しかし、肯定します。理由：われわれ代謝内科側でも、すでに「高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン」で「尿路結石症診療ガイドライン」と整合性のある尿路管理に着目しており、一般医への情報提供に努力しています。内科側への啓蒙が行われた上でなら、経過観察の受け皿となる可能性があります。まず内科医にもわかりやすい、高尿

酸血症から啓蒙を開始することが良いと考えます。高尿酸血症だけでも結石リスクが高いこと、高尿酸血症は500万人以上の common disease であること、高尿酸血症の母地となるメタボリックシンドロームはさらに多い病態として注目されており、奇しくもメタボリックシンドロームで尿路結石症頻度が高いことや尿路結石のリスクが高まっていることが相次いで報じられています。今後、泌尿器科側からの適切な助言と指導、尿路結石症診療ガイドラインの啓蒙、緊急時（発作や

合併症時）の泌尿器側のバックアップ体制の整備、病診・病病連携プレーの完備をお願いします。そしてエビデンスのある有効な薬物療法を提示（例：クエン酸療法、マグネシウム療法など）いただき、内科と泌尿器科の良好な連携を構築、内科医側はメタボリックシンドロームが新たな結石の温床であることも知って、尿路結石症を見直すチャンスにしましょう。

(Received on May 13, 2005)  
(Accepted on May 26, 2005)